

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 novembre 1893, à 1 heure

Par CAMILLE MARCHADIER

Né à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne), le 14 mars 1870

KYSTES DERMOÏDES

DU RAPHE

Des Organes Génitaux Externes

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. DEBOVE, professeur.
BAR, RETTERER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 novembre 1893, à 1 heure

Par CAMILLE MARCHADIER

Né à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne), le 14 mars 1870

KYSTES DERMOÏDES

DU RAPHE

Des Organes Génitaux Externes

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
BAR, RETTERER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICAR
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE, docteur en médecine, mon premier maître dans mes études médicales.

A MM. :

DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

BERGER, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

LETULLE, médecin des hôpitaux, professeur agrégé.

MUSELIER, médecin des hôpitaux.

Dont j'ai recueilli l'enseignement pendant mon externat.

A MM. :

RECLUS, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

RETTNERER, professeur agrégé.

Qui m'ont inspiré ce travail et soutenu de leurs conseils pour son exécution.

A MES AUTRES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR MATHIAS DUVAL

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

KYSTES DERMOÏDES

DU RAPHÉ

DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

AVANT-PROPOS

Les vices de conformation des organes génitaux externes étaient connus dès la plus haute antiquité.

Aristote (1) parle d'enfants mâles dont le bout de la verge n'est point percé et chez lesquels l'orifice urétral s'ouvre au périnée. On considérait les individus atteints de cette malformation comme participant de la nature d'homme et de femme. Galien (2) donne à cette anomalie le nom d'hypospadias. Certains médecins, tels que Paul d'Egine qui nous en a laissé une description exacte, l'attribuaient à une cause surnaturelle.

Les Grecs et les Romains considéraient ces exceptions comme une manifestation de la colère des dieux ; ils leur

1. *De generatione animalium*. Livre IV. Chapitre IV.

2. Bouisson. Tribut à la Chirurgie. *De l'hypospadias et de son traitement chirurgical*, 1861, tome II, page 489.

firent néanmoins un sort absolument contraire, variant suivant les époques. Ou bien on s'en débarrassait en les faisant disparaître, ou bien, au contraire, à l'exemple de Néron, on les conservait en ayant pour eux des attentions d'un ordre spécial.

Malgré tout, jusqu'au XVIII^e siècle, on les regardait comme des êtres contre nature. Il fallut les travaux de Blumenbach, de Béclard, de Dugès, etc., pour faire triompher l'idée qu'ils n'étaient que des infirmes.

Plus tard, dès le début du XIX^e siècle, la théorie généralement acceptée fut celle de I. G. Saint-Hilaire, dont voici la définition : « les monstres sont à quelques égards, des embryons permanents ». Depuis, l'anatomie comparée et l'embryologie ont démontré que les vices de conformation des organes génitaux sont dus à un développement anormal et représentent à l'état permanent certains stades évolutifs de l'embryon.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici les vices de conformation de l'urèthre les plus fréquents : fissures (hypospadias, épispadias), imperforation, absence totale ou partielle, dilatation, embouchures anormales, duplicité, etc...

Nous nous bornerons à décrire soigneusement une catégorie toute particulière de productions anormales : *les kystes dermoïdes congénitaux du raphé-périnéo-scrotopénien*. Il nous a paru intéressant de traiter ce sujet, dont nous ne trouvons aucune mention dans les livres classiques. MM. Lannelongue et Achard (1), eux-mêmes,

1. Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*. 1886.

dans leur étude pourtant si complète sur les kystes congénitaux, n'en ont pas relaté un seul exemple.

Nous avons été assez heureux pour en observer un cas dans le service de M. Reclus, à la Pitié, et c'est sur son conseil que nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dès 1890, MM. Heuyer et Darier en avaient publié un premier exemple : mais, à notre connaissance, il n'en existe pas d'autres, et c'est en vain que nous avons feuilleté à cet égard plusieurs publications périodiques françaises et étrangères.

Est-ce à dire que ce soit là une maladie tout à fait exceptionnelle? Nous inclinons plutôt à croire que jusqu'ici elle a passé pour ainsi dire inaperçue; soit que le médecin ne songeât pas à son existence, soit que le malade n'appelât pas son attention sur la tumeur dans sa phase indolente, ou qu'il ne sût préciser la date de son apparition lorsqu'elle était enflammée.

Dans de semblables conditions, il est presque certain qu'elle a donné lieu à des erreurs de diagnostic et qu'elle a été classée sous d'autres dénominations, ainsi que le font supposer les deux observations de suppuration canaliculaire du raphé, signalées par MM. Balzer et Souplet, dont l'espèce se rattache à la catégorie des kystes dermoïdes enflammés de cette région.

N'est-ce pas également un kyste dermoïde que Rennes range, sans vouloir d'ailleurs rien affirmer de positif à ce sujet, parmi les observations d'individus à trois testicules? Il est permis de le supposer.

Quoiqu'il en soit, après ce rapide coup d'œil d'ensem-

ble, voici le plan que nous avons adopté pour l'étude de cette question.

Nous donnerons d'abord les observations de kystes dermoïdes que nous avons pu trouver ; nous ferons leur anatomie pathologique. Nous développerons ensuite leur pathogénie, puis leur étiologie. Nous analyserons leurs symptômes, nous discuterons leur diagnostic. Nous terminerons enfin par leur pronostic et par l'exposé du mode de traitement qui nous paraît le plus rationnel et le plus efficace.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée par M. Reclus. — Clinique chirurgicale. Hôpital de la Pitié. — « Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum » (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n. du 15 juillet 1893, p. 327 et suivantes).

Un débardeur de 29 ans entre dans le service de notre ami, le Dr Faisans, pour une albuminurie de vieille date ; outre les accidents d'ordre médical dont nous n'avons pas à nous occuper ici, notre collègue constate l'existence d'une tumeur bizarre située au niveau du périnée antérieur : il veut bien nous consulter à ce sujet et nous confie son malade lorsque ses manifestations cardiaques, rénales et pulmonaires se sont apaisées.

L'histoire de la tumeur est des plus simples. De tout temps notre homme avait senti dans la région ano-scrotale un soulèvement anormal, les parents l'auraient aperçu dès la naissance et lui-même aussi loin que son souvenir remonte, il se rappelle l'avoir vu, non avec son développement actuel, mais en miniature pour ainsi dire : en effet, c'est au moment de la puberté que la tumeur prit les proportions plus considérables qu'elle a gardées depuis. Lorsque le malade est soumis à notre examen, voici ce que nous constatons.



FIGURE I

Les bourses sont relevées afin de mieux montrer la situation du kyste dermoïde (1).

En arrière du scrotum, à égale distance des bourses et de l'anus, il existe une tumeur du volume et de la forme d'une amande ; elle est située exactement sur la ligne médiane, et paraît n'être, en définitive, qu'une distension d'un segment limité du raphé. La peau qui la recouvre est lisse, un peu amincie et sa surface est parcourue d'un lacis veineux apparent. La masse en est molle, dépressible et semblable à une poche à parois flottantes et trop

1. Nous devons la communication du cliché représentant cette figure à l'obligeance de l'éditeur Masson.

larges pour la substance qu'elle contient. Celle-ci se laisse malaxer et donne la sensation de la matière butyreuse des kystes sébacés. La tumeur est même en partie réductible et lorsqu'on la comprime d'une manière continue, elle s'affaisse et l'on voit se gonfler deux diverticules, l'un antérieur et l'autre postérieur qu'il nous faut maintenant décrire.

Le prolongement antérieur suit le raphé auquel il se substitue et s'étend de la tumeur que nous venons de décrire au scrotum sur lequel il se perd. C'est un trajet canaliculaire, moniliforme, où l'on compte cinq bosselures du volume d'un petit pois, séparées les unes des autres par des parties étranglées dont le diamètre ne mesure guère que deux ou trois millimètres. Lorsque l'on presse sur la tumeur centrale, on voit saillir et bomber chacune des bosselures ; le raphé médian s'érige pour ainsi dire, puis s'affaisse lorsqu'on cesse de comprimer la poche, réservoir principal de la matière butyreuse. Même prolongement en arrière, moniliforme comme le précédent ; comme lui il se distend par l'afflux de la substance que l'on refoule de la tumeur médiane ; mais il est moins considérable et en définitive ce diverticule, alternativement étranglé et dilaté, rappelle un vaisseau lymphatique, coupé de valvules et dans lequel on aurait injecté du mercure.

Une pareille tumeur ne pouvait être qu'un kyste dermoïde : son existence constatée dès les premiers jours de la naissance, son accroissement rapide au moment de la puberté, l'état stationnaire dans lequel elle est restée depuis, son siège précis au niveau du raphé, la consistance butyreuse de son contenu ne laisseraient aucun doute à ce sujet. L'opération devait vérifier notre diagnostic.

Le 20 mai, sous l'anesthésie cocaïnique, la tumeur est extirpée avec la plus grande facilité ; sa paroi n'est pas adhérente à la peau du scrotum dont la sépare une couche plus ou moins épaisse de

tissu conjonctif ; le kyste glisse dans le tissu cellulaire sous cutané. Après son ablation, l'examen en est confié à notre collègue, le D^r Brault, qui lui trouve la structure des kystes dermoïdes : contenu de matières épithéliales, pas de pus, paroi épaisse formée par une trame identique à celle du derme et de l'épiderme avec ses diverses couches, ses papilles ; l'appareil pilo-sébacé y fait complètement défaut.

Ajoutons que les suites de l'opération furent des plus bénignes et malgré la coexistence de l'albuminurie, la réunion primitive ne fut pas entravée.

Voulant se rendre compte de la façon dont ce kyste a pu se développer, M. Retterer a repris l'étude histologique de la tumeur (1). Il a bien voulu résumer lui-même à la Société de biologie les résultats de son examen et montrer comment l'évolution de la région périnéale peut donner naissance à de semblables malformations. Nous lui empruntons la relation détaillée qui suit.

STRUCTURE.

A. — *Portion dilatée du kyste.* — Les parois de la poche sont formées par une enveloppe mésodermique, épaisse de 0^{mm},5 à 1 millimètre, constituée par une trame conjonctive très vasculaire et renfermant un certain nombre de faisceaux musculaires lisses. Sa surface extérieure présente des papilles, recouvertes par un épiderme normal, avec une couche pigmentaire très accen-

1. Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de biologie. *Structure et pathogénie d'un kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum*, 15 juillet 1892, page 751.

tuée. Sa surface intérieure, lisse, est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié, épais de $0^{\text{mm}},04$ à $0^{\text{mm}},06$, dont la moitié superficielle est formée par des assises aplaties et cornées. Les lamelles les plus internes de cet épithélium sont détachées et forment un magma de détritux épithéliaux (*Fig. II. D. p. 15*).

B. — *Sur la plus grande étendue des parties étranglées*, la structure du kyste est plus intéressante : la surface extérieure de la paroi offre la structure de la peau ; la surface intérieure présente quelques saillies, mais dans leur intervalle, elle est lisse et recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié de $0^{\text{mm}},120$ en moyenne (EP). Quant à la portion mésodermique et vasculaire de la paroi, elle est remarquable, dans sa portion supérieure (dorsale et adhérente) et ses parties latérales par une trame musculaire énorme (Fl). Celle-ci est constituée par l'entrelacement de gros faisceaux (épais de $0^{\text{mm}},04$ à $0^{\text{mm}},08$) de muscles lisses, dont la direction générale est concentrique par rapport à la lumière du kyste. Ces faisceaux sont contigus, séparés les uns des autres par de minces tractus de tissu conjonctif. En approchant de la paroi inférieure (ventrale) du kyste, les faisceaux musculaires deviennent plus rares et la paroi est essentiellement formée par une trame conjonctive et élastique (Tc). Sur une certaine longueur du kyste, on remarque une ligne saillante partant de sa paroi inférieure et formant le long de la ligne médiane un véritable raphé faisant saillie dans l'intérieur de la poche.

Le prolongement postérieur du kyste présente, sur sa paroi profonde (dorsale), de nombreux faisceaux de fibres musculaires striées, dépendant du bulbo-caverneux.

Nous sommes donc en présence d'un conduit épithélial clos, limité par les tissus conjonctif et musculaire du périnée, s'étendant dans le raphé périnéo-scrotal et terminé en cul-de-sac en avant et en arrière. Ajoutons que l'urèthre et le reste des organes génitaux externes avaient une conformation normale.

FIGURE II

Coupe transversale de l'une des parties rétrécies (postérieure) du kyste dermoïde de l'Observation I



EP. Epithélium pavimenteux stratifié formant la paroi du kyste. — St. Faisceaux musculaires striés. — FL. Faisceaux musculaires lisses. — Tc. Tissu conjonctif. — R. Raphé. — D. Peau du scrotum.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le D^r Heuyer, médecin major de 1^{re} classe au 11^e régiment d'artillerie, sous le nom de « Kystes congénitaux du scrotum », à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 8 mai 1890 (*Bulletin des séances de la Société*, pages 143 et 144).

Lam..., 2^e canonnier-conducteur, exerçant avant son entrée au service la profession de cultivateur, est âgé de 22 ans.

Antécédents de famille.— Son père et sa mère sont bien portants, il est fils unique. Aucune maladie diathésique à noter dans sa parenté.

Antécédents personnels.— Jusqu'à son arrivée au corps Lam... a toujours eu une excellente santé, il n'a même pas été éprouvé par les maladies banales de l'enfance.

Etat de santé à l'arrivée au corps.— Le 11 novembre 1889.— Taille 1^m76, constitution forte. On a noté comme défectuosité la présence de deux petites tumeurs dans la région scrotale.

Ces tumeurs sont congénitales, le malade est très affirmatif sur ce point, sa mère lui a souvent répété qu'elles avaient été constatées au moment de sa naissance.

Elles n'ont jamais été douloureuses et depuis bien des années n'ont changé ni de volume ni d'aspect.

Cependant, sous l'influence des exercices d'équitation, elles paraissent avoir un peu progressé depuis l'incorporation et elles occasionneraient une certaine gêne. C'est pour cette raison que cet homme est entré à l'hôpital militaire de Versailles, dans le service du médecin-chef, M. le médecin principal Dieu.

Etat actuel. — Les deux tumeurs en question sont situées très exactement sur le raphé médian du scrotum et dans son tiers postérieur.

Il faut relever assez fortement les bourses pour les bien mettre en évidence.

Elles siègent manifestement dans l'épaisseur de la peau qui glisse facilement sur les tissus sous-jacents.

Le tégument qui les recouvre est mince, lisse, de couleur normale.

De consistance molle, rénitentes, nettement fluctuantes, elles ne sont pas translucides.

L'antérieure est sessile, se prolonge en avant dans une étendue de trois centimètres sur une largeur d'un centimètre, et pré-

sente, à sa partie déclive, une saillie qui a le volume d'un gros pois.

La postérieure, plus volumineuse, réniforme, est nettement pédiculée.

Ces deux tumeurs sont distantes de deux centimètres à deux centimètres et demi et semblent réunies par un mince cordon qu'on sent dans l'épaisseur de la peau, mais elles ne communiquent pas entre elles et ne sont en aucune façon réductibles.

A leur surface, il n'existe pas trace d'orifice ni de cicatrice.

On peut se demander s'il s'agit d'un œvus, d'un kyste sébacé (molluscum) ou d'un kyste dermoïde. Les caractères de ces tumeurs et en particulier leur siège sur le raphé, leur origine congénitale nous paraissent favorables à cette dernière opinion. Quoiqu'il en soit, M. le médecin principal Dieu a pensé que ce fait, en raison de sa rareté, méritait d'appeler l'attention.

Après la présentation du malade le kyste a été enlevé et confié à M. le Dr Darier qui a bien voulu se charger de l'examen histologique.

Examen histologique. — Communiqué par M. Darier à la même société en séance du 12 juin 1890 (*Bulletin des séances de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pages 146, 147, 148).

La dissection de la pièce qui m'a été remise a démontré d'abord que les tumeurs sont bien des kystes; ils communiquent entre eux par un canal étroit, situé au sein du cordon qu'on sentait dans l'épaisseur de la peau.

Le calibre de ce canal admet une sonde cannelée, et cependant on ne peut faire refluer le contenu de l'une des cavités dans l'autre, à cause de sa consistance pâteuse. Mais il est évident qu'il s'agit en réalité d'un seul kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne comme une bourse, et renflé à ses extrémités dont l'une pourrait loger une noisette et l'autre un gros haricot.

La surface interne du kyste est parfaitement lisse et unie dans ses portions dilatées : on n'y aperçoit aucune saillie; aucun poil, ni aucune dépression glandulaire; quand on l'a nettoyée elle ressemble à la surface d'une muqueuse lisse telle que celle des lèvres ou du gland. Au niveau du canal on constate la présence de plis longitudinaux.

L'épaisseur de la paroi est variable selon les points; elle est très faible là où le kyste affleure à la surface de la peau et la distend.

Le contenu du kyste a la même apparence dans les deux poches et dans le canal; il est très épais, homogène et onctueux, et ressemble à du mastic de vitrier dont il a d'ailleurs la couleur jaune brunâtre. L'examen le plus attentif n'y fait reconnaître à l'œil nu la présence d'aucun poil, ni d'aucun autre produit figuré.

L'examen microscopique a porté sur le contenu et sur des coupes de la paroi du kyste.

Le contenu apparaît au microscope presque uniquement composé de cellules épithéliales, cornées, très minces et généralement plissées, sans noyau ou seulement avec un rudiment de noyau que décèle l'action d'une solution iodée. Ces cellules se colorent en jaune pâle par le picro carminate, en gris plus ou moins foncé par l'acide osmique, ce qui indique qu'elles sont imbibées de graisse; elles se gonflent et se transforment en utricules sous l'influence de la potasse à chaud, comme les cellules parfaitement kératinisées.

Parsemés au milieu des cellules cornées, on observe en outre un assez grand nombre de corps lenticulaires, granuleux et réfringents, jaunâtres, à structure vaguement concentrique, qui se brisent en fragments irréguliers, quand on les écrase, se colorent faiblement et inégalement en rose par le picrocarminate et en jaune par l'acide osmique, ne se dissolvent pas dans l'acide acétique ou chlorhydrique. L'aspect de ces corps lenticulaires est très

particulier et je ne les ai vus décrits nulle part. Ce qui démontre leur nature c'est l'action de l'éther ou des essences ; les granulations réfringentes étant dissoutes dans ces conditions, on n'a plus sous les yeux qu'une cellule. Ce sont donc des cellules épithéliales remplies non de graisse, mais probablement de cristaux d'acides gras.

Enfin la matière sébacée du kyste renferme encore, mais en moindre abondance, des paillettes de cholestérine, des gouttelettes de graisse libre et quelques cristaux assez rares.

La structure de la paroi du kyste a été étudiée sur des coupes d'ensemble portant sur l'une des poches, avec les tissus voisins et notamment la peau sus-jacente, et, d'autre part, sur des coupes de différents points de la paroi, en particulier sur le canal de communication entre les deux poches. Les pièces ont été durcies par l'alcool.

On constate que le kyste siège en plein derme ou plus exactement au milieu de la couche musculaire qui double le derme dans cette région ; les faisceaux du dartos passent en effet les uns au-dessus, les autres au-dessous du kyste.

La structure de la paroi est des plus faciles à définir ; c'est en effet, celle d'un kyste dermoïde de la première variété.

Elle est donc constituée : 1° extérieurement par un tissu conjonctif feutré, à surface plane dans les parties renflées du kyste, ou plissée au niveau du canal ;

2° Par un épiderme qui se présente avec les mêmes caractères que celui de la peau. On y reconnaît un corps muqueux un peu mince, une couche granuleuse munie d'éléidine, et une couche cornée dont les cellules superficielles sont en desquamation et tombent dans la cavité du kyste. Les cellules du revêtement épidermique sont toutes assez aplaties dans certaines régions, d'où une épaisseur moindre de l'épiderme dans son ensemble ; ailleurs cette épaisseur est la même que celle de l'épiderme du scrotum.

En aucun point on ne trouve de follicules pileux, de glandes sébacées ou sudoripares; j'ai dit que les papilles elles-mêmes faisaient défaut; par place on aperçoit cependant des plis qui simulent des papilles. Si bien qu'à l'examen d'une coupe portant à la fois sur la peau et sur la paroi du kyste, il faut une certaine attention pour distinguer l'une de l'autre ces deux surfaces; on n'a pour se guider que la plus grande abondance des papilles dans la peau, la pigmentation plus foncée de l'épiderme, et la présence de follicules pilo-sébacés; encore ces derniers sont-ils très rares et très espacés au niveau du raphé du scrotum.

On pourrait affirmer qu'il s'agit d'un kyste dermoïde, et non d'un kyste sébacé même en l'absence de renseignements sur l'ancienneté de la tumeur, sur son siège exactement médian, et par des raisons purement histologiques. Un kyste sébacé serait en effet en dehors du dartos et non compris dans son épaisseur; on y trouverait des cellules en dégénérescence sébacée; il serait exceptionnel de trouver dans son épiderme une couche granuleuse continue et bien munie partout d'éléidine.

OBSERVATIONS III et IV

Publiées comme « deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum » à la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 6 avril 1893, par MM. F. Balzer et Souplet (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*).

S... Edmond, âgé de 26 ans, entre le 21 octobre 1891, à l'hôpital du Midi, au n° 12 de la salle n° 8. C'est un homme très robuste qui n'a jamais été malade. Il n'a pas eu d'accidents vénériens. Il raconte seulement que depuis trois ans il a remarqué à la face inférieure de sa verge un petit cordon rouge et dur.

Cependant il ne fait remonter le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital qu'à une huitaine de jours environ. A cette date, il s'est formé à la partie postérieure des bourses une grosseur, qui sans causer de douleur réelle, l'a empêché de continuer sa profession de terrassier.

Le jour même de son entrée cette grosseur s'ouvre spontanément. Elle est située exactement sur le raphé médian. De plus en examinant avec soin sa région périnéale, on constate en faisant un palper profond qu'il existe sous les téguments absolument sains, une sorte de canal, du volume d'une plume d'oie, à parois dures, rappelant par sa consistance le canal déférent enflammé. Ce canal se porte directement dans la direction du rectum au voisinage duquel on cesse de le sentir. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

A partir de l'abcès ouvert il existe sur le pénis jusqu'à l'extrémité du fourreau de la verge un canal analogue au précédent mais rouge et superficiel.

Le palper fait reconnaître le même conduit saillant avec consistance dure, il suit exactement le raphé. Il présente des irrégularités dans son trajet, de sorte qu'il donne l'apparence d'un chapelet dont les grains seraient constitués par de petites bosselures. Celles-ci sont fluctuantes et à leur niveau la peau est rouge et tendue. On en compte trois sur la région des bourses et un certain nombre sur la verge. Tandis que celles des bourses sont presque de la grosseur d'un œuf de pigeon, celles de la verge ne sont pas plus grosses qu'un petit pois.

Ces foyers sont incisés : leur ouverture donne issue à un liquide séreux à peine purulent et de couleur très faiblement jaunâtre.

On constate que tous ces abcès communiquent manifestement les uns avec les autres, car lorsqu'après avoir ouvert l'un on presse sur un point quelconque du raphé, on fait immédiatement

sourdre par l'incision une certaine quantité de pus. En aucun point de ce long trajet la palpation n'est douloureuse.

La peau des bourses est légèrement infiltrée mais elle ne présente ni rougeur, ni douleur. Du côté gauche la tunique vaginale renferme une certaine quantité de liquide clair et très transparent.

Pansement au sublimé.

3 novembre. — Quelques nouveaux points fluctuants se sont montrés. Incisions faites le plus antiseptiquement possible et prélèvement d'une certaine quantité de liquide qui estensemencé.

Le 6. — Les bosselures qui ont été incisées commencent à s'affaïsser mais continuent à donner un liquide séro-purulent aussi abondant que les premiers jours. Quelques incisions sont pratiquées sur la verge. Le canal est ouvert sur une assez grande longueur avec la sonde cannelée et cautérisé au thermo-cautère.

15 décembre. — Il ne se produit plus de collections suffisamment volumineuses pour être incisées, quelques-unes se sont fermées ; les autres donnent encore du pus. Le nombre total des foyers incisés s'est élevé à 10 pour le scrotum et à 7 pour la verge.

8 janvier. — Le malade sort en bon état. Une seule fistulette de la région scrotale donne encore quelques gouttes par jour de sérosité claire. L'épanchement de la vaginale est à peu près disparu, ainsi que l'infiltration des bourses.

Un certain nombre de cultures ont été essayées à plusieurs reprises avec le pus retiré des bosselures immédiatement après leur ouverture. Cesensemencements ont été faits sur bouillon, gélatine et glycose glycinée, tous les essais ont été infructueux. Une seule fois il nous a été donné d'obtenir une culture sur gélose glycinée. Elle se développa très lentement dans une étuve maintenue à 37°. Au cinquième jour elle se décelait par un enduit très transparent et très mince.

Réensemencé plusieurs fois, elle s'est toujours reproduite avec les mêmes caractères. Elle était formée par des bacilles gros et assez courts, et par de gros cocci réunis en marguerite. Il nous a été impossible d'isoler ces deux formes par la culture, de sorte que nous serions portés à prendre ces cocci pour une forme sporulaire.

En résumé on ne peut tirer aucune conclusion ferme de ces essais de culture.

OBSERVATION IV

La seconde observation concerne également un jeune homme qui n'est pas entré dans les salles et qui a été traité seulement à la consultation au mois de janvier cette année.

Dans ce cas l'abcès canaliculaire de date récente siégeait seulement sur le raphé médian du pénis. Il commençait au prépuce et s'avancait jusqu'à la partie moyenne du pénis dans une étendue de 5 centimètres environ. A ce niveau la peau était un peu rouge, pigmentée et amincie. Le trajet ne présentait qu'une seule ouverture d'entrée du côté du prépuce par laquelle on faisait refluer un pus blanchâtre et séreux. On introduisit avec facilité par cette ouverture un fin stylet cannelé qui fut poussé jusqu'à l'extrémité du trajet dont la paroi fut alors incisée avec le thermocautère. Après quelques jours de pansement au sublimé le malade était guéri. En somme, ce second cas fut la reproduction exacte du premier dans des proportions moins étendues. Les tentatives de culture faites avec le pus ne donnèrent aucun résultat.

Les auteurs croyaient à une affection causée par un staphylocoque pyogène, mais ils n'ont pu en faire la dé-

monstration, les recherches bactériologiques n'ayant pas été concluantes.

Il ne s'agissait pas d'une lymphangite car l'inflammation qui semblait avoir commencé au pénis s'était propagée le long du raphé, c'est-à-dire dans une direction que ne suivent pas les lymphatiques de la région.

Un abcès ne saurait suivre le raphé, car la trame serrée qui le forme s'y oppose absolument ; de même qu'elle oppose une barrière le plus souvent infranchissable aux fusées purulentes venues d'ailleurs.

Au contraire, l'hypothèse d'un kyste dermoïde enflammé aplanit toutes les difficultés et rend parfaitement compte des particularités observées. On s'explique la présence au-dessus du raphé d'une série de poches de dimensions variables reliées entre elles par un canal plus étroit. On comprend aussi pourquoi la guérison a été si longue à se produire malgré l'emploi des antiseptiques ; elle n'a pu être définitive qu'au moment où la poche a été entièrement éliminée.

Sans doute nous ne pouvons justifier complètement notre façon de voir : un examen histologique seul eût tranché la question d'une façon absolue et il n'a pas été fait. Cependant les symptômes cliniques nous paraissent assez la motiver.

On nous objectera peut-être que la tumeur de l'observation III n'a été aperçue par le porteur que trois ans avant son entrée à l'hôpital. Nous répondrons qu'à cette époque, le malade a aperçu un cordon rouge et dur à la face inférieure de sa verge ; c'était donc là le début de la période inflammatoire et on peut en induire qu'aupa-

ravant le kyste existait bien, mais que son indolence l'avait fait passer inaperçu. C'est d'autant plus admissible, que le malade, occupé à de rudes travaux, ne pouvait pratiquer sans doute une hygiène corporelle bien minutieuse et s'occupait peu de savoir s'il avait une petite tumeur au niveau de son raphé tant qu'elle n'était le siège d'aucune gêne.

Dans l'observation IV, nous lisons que les phénomènes inflammatoires ont débuté il y a peu de temps, mais nous n'avons aucun renseignement sur la période d'indolence antérieure.

Enfin, nous devons invoquer un argument dont la valeur est incontestable. C'est le suivant.

M. Reclus a montré à M. Balzer le dessin que nous reproduisons et qui représente le kyste de la Pitié : M. Balzer a reconnu complètement la position et l'aspect de ses abcès canaliculaires et pour lui le doute n'est plus permis, il s'agissait bien de kystes dermoïdes du raphé.

OBSERVATION V

Recueillie dans les « Observations médicales sur quelques maladies rares ou peu connues », par M. Rennes (*Archives générales de médecine*, 1834, tome 27, page 26).

Dans un cas singulier les deux testicules existaient de chaque côté dans les bourses comme à l'ordinaire ; un troisième organe, de même forme et de même consistance que les deux autres, un peu plus petit seulement, était situé postérieurement dans le tissu cellulaire du périnée, où il formait une saillie ronde, mobile et résistant à la pression exercée pour la faire disparaître.

Le cordon particulier à ce testicule surnuméraire, si telle était réellement sa nature, n'était point senti à la partie antérieure et semblait plutôt se dessiner vers l'an us. Mais quelle obscurité ! n'était-ce point une glande sans rapport peut-être avec l'appareil génital ?

Il n'est pas présumable que ce fut une hernie, cette tumeur s'était fait voir de très bonne heure et n'avait jamais été susceptible de réduction.

Nous n'avons point la prétention d'avoir sûrement reproduit là une observation de kyste dermoïde ; les détails ne sont pas assez précis pour que nous puissions nous prononcer en toute assurance.

Nous la donnons telle quelle.

Cependant, le siège de la tumeur, sa lointaine apparition, son indolence, et surtout son prolongement postérieur (partie rétrécie), plaident, il nous semble, en faveur d'un kyste dermoïde du raphé périnéal.

Au contraire, l'hypothèse d'un troisième testicule n'est pas vraisemblable, et il est bien difficile d'expliquer ces particularités si on admet une hernie, ce que d'ailleurs l'auteur lui-même n'ose faire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les parois de tous les kystes dermoïdes présentent, ainsi que leur nom l'indique, la structure fondamentale du tégument externe.

Les kystes du raphé offrent la même composition essentielle que partout ailleurs, mais ils appartiennent à la variété la plus simple, formés qu'ils sont par une cavité canaliculaire unique remplie des produits de desquamation de la paroi. Ils offrent un contraste frappant avec les tumeurs de même origine qu'on rencontre entre l'anus et le coccyx. Celles-ci sont en général très complexes ; liées le plus souvent à des arrêts de développement considérables, elles s'accompagnent de cloisonnements pelviens, de déformations nombreuses. Leur contenu est très varié.

Les kystes du raphé ont la forme d'un canal clos présentant alternativement des parties rétrécies dans lesquelles peuvent passer un stylet ou une sonde cannelée, et des parties dilatées dont les plus grosses ont atteint dans les cas que nous publions le volume d'une amande. Les unes et les autres sont formées des mêmes éléments disposés à peu de chose près de la même façon : aussi nous ne les séparerons pas pour l'étude (Voir *fig.* I, p. 10).

De la paroi. — Dans toute son étendue la paroi est constituée par des tissus normaux, bien qu'anormalement situés. On n'y trouve aucune trace d'éléments pathologiques.

Elle comprend :

1° Une trame de tissu mésodermique, formée de tissu conjonctif vasculaire, de faisceaux musculaires lisses et de faisceaux musculaires striés (*Fig. II. Fl. et Tc.*).

Le tissu conjonctif figure de minces tractus séparant les faisceaux musculaires.

Il est plus abondant dans la portion inférieure de la paroi (*Tc.*).

Les faisceaux musculaires lisses se rencontrent surtout dans les portions supérieures et latérales pour diminuer de nombre dans la portion inférieure. Leur direction générale est concentrique par rapport à celle de la tumeur.

Les faisceaux musculaires striés sont en quantité beaucoup moins grande. M. Retterer les a rencontrés seulement dans le prolongement postérieur du kyste; il les rattache au bulbo-caverneux (*St.*).

2° Un épiderme qui se présente avec un corps muqueux un peu mince et une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, dont la moitié superficielle est formée par des assises aplaties et cornées (*D.*).

L'épiderme a une épaisseur variable suivant les régions : tantôt inférieure, tantôt égale à l'épaisseur de l'épiderme du scrotum.

La paroi dermoïde des kystes qui font l'objet de nos observations était dépourvue de glandes sudoripares, de papilles, de poils et de glandes sébacées; c'est là un caractère foetal. Au moment où a lieu l'inclusion, la peau de la région ne possédait pas ces appareils, et la partie qui a été enclavée au sein du tissu mésodermique a conservé un caractère plus ou moins embryonnaire.

Du contenu. — Leur contenu est onctueux, homogène, très épais, ressemblant assez à du mastic de vitrier. Il est constitué par les cellules épithéliales qui se sont détachées de la paroi.

Sous le champ du microscope, ces cellules apparaissent, cornées, minces, le plus souvent plissées, sans noyau, quelquefois pourtant avec un rudiment de noyau.

Les réactifs chimiques décèlent la graisse qui les imbibent. M. Darier a même décrit dans leur intérieur la présence de corps lenticulaires, granuleux et réfringents, qu'il croit être des cristaux d'acides gras.

On sait qu'un kyste dermoïde ordinaire peut se transformer en kyste huileux ; que son contenu peut varier autrement encore et renfermer de l'albumine, des sels (Broca), subir une transformation calcaire, ossiforme, ou même purulente si le kyste vient à s'enflammer.

Pour être complet, disons que MM. Verneuil et Clado (1) ont découvert dans le contenu de trois kystes dermoïdes des microbes pathogènes qu'ils n'ont pas retrouvé dans la paroi. MM. Lannelongue et Achard (2) ont plus récemment trouvé des microbes dans deux kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, tandis que dans huit autres cas leurs recherches sont restées vaines. Ces différents auteurs ont attribué la présence de ces microbes à une communication de la cavité dermoïde avec le dehors.

1. *De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face.* Compte-Rendu. Académie des Sciences de Paris, 1888. CVII, p. 973.

2. Lannelongue et Achard. *Ann. de l'Institut Pasteur.* Paris, 1890. IV, p. 293 et suivantes. *Etude microbiologique de dix kystes congénitaux.*

PATHOGÉNIE

Pour faire comprendre la pathogénie des kystes dermoïdes du raphé, il nous semble indispensable de donner un court aperçu de l'embryologie de la région périnéale.

Le développement du périnée et des organes génito-urinaires est un point des plus difficiles. Nous n'avons trouvé à ce sujet dans les ouvrages classiques que des opinions contradictoires et peu propres à entraîner la conviction.

Depuis plusieurs années notre maître, M. Retterer, chef de laboratoire du professeur Mathias-Duval, s'occupe de la question ; c'est à lui que nous nous sommes adressé pour avoir des renseignements.

Il a mis à notre disposition ses nombreuses préparations relatives à l'évolution des organes génito-urinaires. Grâce à ses explications et à la lecture de ses mémoires (1), nous croyons pouvoir présenter le résumé suivant du développement de ces organes.

Chez les embryons des mammifères, il existe à l'origine un canal commun où aboutissent la partie terminale du tube digestif d'une part, les conduits excréteurs des organes génito-urinaires de l'autre. On sait que pareille

1. Ed. Retterer ; 1^o *Sur l'origine et l'évolution de la région anogénitale des mammifères*, *Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1890, pages 126 à 216.

2^o *Sur le développement du pénis et du clitoris chez les fœtus humains*. Ibidem, année 1892, pages 225 à 281.

disposition persiste toute la vie chez la plupart des autres vertébrés. On donne le nom de *cloaque* à ce compartiment qui est commun aux voies digestive et génito-urinaire.

Le cloaque s'ouvre à l'extérieur par un orifice unique, l'*ouverture cloacale*, limitée en arrière par la région du coccyx et en avant par l'espace cutané qui s'étend entre les branches ischio-pubiennes. Cet espace cutané est la région *périnéale embryonnaire* qui se continue du côté ventral de l'embryon par une saillie médiane, imperforée à cette époque, et, nommée *tubercule génital*.

Si le développement de ces parties venait à s'arrêter, l'anatomie de cette région chez les mammifères mâles (nous laissons de côté, dans cette étude, le sexe féminin) serait la suivante : ils auraient un orifice unique servant à la sortie des fèces d'une part, de l'urine et du sperme de l'autre. Toute l'étendue antéro-postérieure du périnée séparerait l'orifice du cloaque de la base du tubercule génital ou pénis imperforé.

Il nous reste donc à examiner :

1° Le mode suivant lequel se fait la division du cloaque en rectum d'une part, et urèthre de l'autre; 2° la façon dont l'urèthre se prolonge le long du périnée et du pénis pour se terminer à l'extrémité du gland.

Tant que les anatomistes se bornaient à des examens à l'œil nu et à des vues en surface, ils étaient d'opinions contradictoires sur ces questions (1). En étudiant compa-

1. Je renvoie au mémoire de M. Tourneux. « Sur le développement et l'évolution du tubercule génital chez le fœtus humain dans les

rativement les coupes longitudinales et surtout transversales comprenant des séries ininterrompues d'embryons, M. Retterer me semble avoir donné une idée plus exacte et plus claire du développement de ces parties. Au lieu de phénomènes compliqués et extraordinaires, on voit qu'il se réduit à un processus général, commun à divers organes.

Le cloaque se divise en deux canaux distincts de la façon suivante. De chacune de ses parois latérales s'élève une saillie dont la crête tend à se rapprocher de plus en plus de celle de sa congénère. Arrivées au contact, ces crêtes se fusionnent et forment une cloison d'après le même mode que les replis qui ferment la gouttière médullaire. Cette cloison, qui débute à l'extrémité supérieure ou céphalique du cloaque, se prolonge régulièrement de haut en bas, du côté caudal, jusqu'au niveau de l'orifice cloacal. Le processus aboutit ainsi à la division du cloaque en deux conduits, l'un dorsal, réservé au tube digestif, et l'autre ventral, formant l'urèthre (*membraneux*). La cloison de séparation est la *cloison uréthro-rectale*.

Quand ce travail est achevé, l'orifice unique, ou cloacal, est remplacé par deux orifices distincts : l'anüs en arrière, l'orifice de l'urèthre en avant. C'est l'extrémité inférieure de la cloison uréthro-rectale qui les sépare.

Si le développement s'arrêtait à ce stade, nous aurions

deux sexes avec quelques remarques concernant le développement des glandes prostatiques » pages 229 et suivantes. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1889, ainsi qu'à ceux de M. Retterer, même journal, ouvrages déjà cités où l'historique est fait avec tous les détails nécessaires.

un vice de conformation connu sous le nom d'*hypospadias périnéal*.

Une malformation pareille, qui semble réaliser notre supposition, a été observée chez un chien ; elle a été l'objet d'une étude anatomique et histologique très complète de la part de MM. Retterer et Roger (1).

Dans les conditions normales, il s'ajoute à l'urèthre membraneux un canal qui suit le périnée et le pénis pour aller se prolonger jusqu'au gland. Ce canal est la portion spongieuse de l'urèthre, qui se forme de la façon suivante : de chaque côté du périnée embryonnaire et à la face ventrale du tubercule génital on voit se former une saillie semblable à celle des replis médullaires.

Ces saillies, ou *replis uréthraux*, augmentent de volume, s'allongent, s'incurvent l'une vers l'autre, se rapprochent de plus en plus, circonscrivant entre elles une gouttière médiane (*gouttière uréthrale*). Elles se soudent enfin de la même façon que les replis médullaires ou les replis latéraux du cloaque. Cette fusion des replis uréthraux se fait d'arrière en avant le long du périnée, puis du pénis ; elle transforme la gouttière uréthrale en urèthre périnéal et pénien, c'est-à-dire portion *spongieuse* de l'urèthre.

Du fait même de sa formation, celui-ci est tapissé par un épithélium ayant la même origine que celui du périnée : c'est de l'ectoderme. Nous avons un canal limité par une lame cutanée, autrement dit du tissu mésodermique tapissé de cellules épithéliales. On sait

1. Retterer et Roger. *Anatomie des organes génito-urinaires d'un chien hypospade*. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1889, pages 113 et suivantes.

que ce tissu mésodermique devient éminemment vasculaire (*érectile*), en même temps qu'il s'y développe chez l'homme une trame conjonctive parcourue par de nombreux faisceaux de muscles lisses et, en arrière, par des faisceaux de muscles striés qui constituent les bulbo-caverneux d'une part, les ischio-caverneux de l'autre.

Le résumé que je viens de donner se rapporte aux mammifères, tels que le lapin, le mouton et le porc, les seuls que M. Retterer ait pu se procurer à tous les stades de développement. En raison de la ressemblance des organes génitaux, on pouvait supposer que les choses se passent à l'origine de la même façon chez l'homme. Le professeur Keibel nous en a fourni la preuve.

Cet auteur vient de publier une description et une série de figures relatives au développement de la région qui nous occupe chez l'embryon humain. Les mammifères quadrupèdes et l'homme présentent une identité morphologique frappante, et M. Keibel se rattache entièrement à l'interprétation proposée par M. Retterer (1).

Dès lors, nous croyons être en droit de nous appuyer sur ces faits embryologiques pour essayer d'expliquer la formation des kystes dermoïdes du raphé. Pour mieux faire comprendre leur pathogénie, il nous paraît utile de terminer cette description générale en décrivant avec détails des schémas résumant les figures que donne M. Retterer.

Une coupe transversale (schéma I) du tubercule génital, montre qu'à l'époque où il présente la gouttière

1. Anat. Anzeiger, 1891, page 186 et suivantes.

urétrale, il a la forme d'un fer à cheval, dont les branches ventrales se recourbent l'une vers l'autre et représentent les replis uréthraux (R U). Ceux-ci limitent la gouttière urétrale (G U) ; l'épithélium qui tapisse leur face interne est constitué par des cellules pavimenteuses (L U), analogues à celles qui revêtent la surface externe de tout l'organe. On voit, en effet, qu'à cette époque, l'épiderme se continue sans interruption avec l'épithélium de la gouttière urétrale, laquelle ne figure que la partie déprimée de cet épiderme.

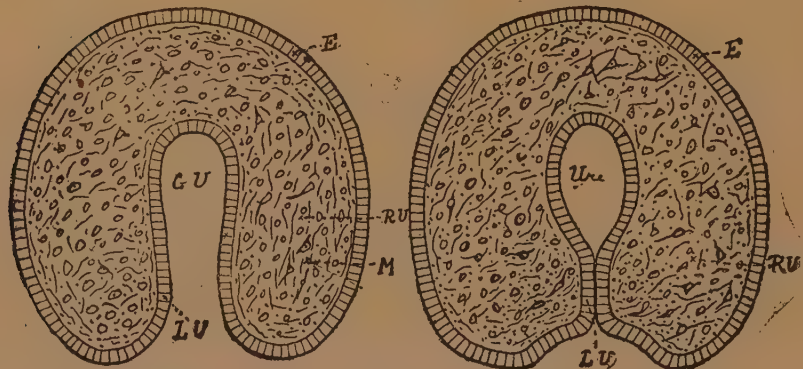


Schéma I.

Schéma II.

SCHÉMA I

Coupe transversale du tubercule génital lorsque sa face ventrale présente la gouttière urétrale.

RU. Replis uréthraux. — M. Tissu mésodermique.

GU. Gouttière urétrale.

E. Epiderme.

LU. Epithélium de la face interne des replis uréthraux.

SCHÉMA II

Coupe transversale du tubercule génital au moment où les replis uréthraux sont arrivés au contact.

RU. Replis uréthraux.

LU. Epithélium de la face interne de replis uréthraux.

E. Epiderme. — Ure. Canal de l'urèthre.

Plus tard (Schéma II), les replis uréthraux sont arrivés au contact dans leur portion inférieure, grâce à la prolifération du tissu mésodermique (M) qui constitue leur partie centrale. La portion inférieure de la gouttière uréthrale a disparu par le fait du rapprochement, et de l'accolement de la face interne des replis.

A Dans l'évolution normale, on aboutit au schéma III. Le tissu mésodermique en se multipliant a dissocié l'épithélium de la face interne des replis uréthraux et se continue d'un repli à l'autre. Par ce processus, qui, je le répète, rappelle l'occlusion du canal médullaire, il s'est formé: 1° un canal, l'urèthre; 2° un pont mésodermique qui forme sa paroi ventrale (paroi inférieure de l'urèthre). Les cellules épithéliales ont disparu au niveau du pont conjonctif, bien que pendant quelque temps on puisse en voir quelques-unes en H à la face inférieure de l'urèthre et en P près du futur raphé.

Après leur soudure, les replis uréthraux continuent leur mouvement de rapprochement vers la ligne médiane, et les parties soudées sont refoulées en bas où elles déterminent une saillie de plus en plus marquée au-dessous de la surface cutanée: telle est l'origine du *raphé*. Cette ligne saillante n'existe pas immédiatement après la soudure des replis uréthraux; M. Retterer insiste beaucoup sur son apparition plus tardive. Comme on le voit sur nos schémas, il y a même à sa place pendant quelque temps un méplat. La figure 2 (page 14) montre le raphé en R.

Si la fusion des replis uréthraux s'arrête au niveau du corps du pénis, l'*hypospadias pénien* sera constitué, si

c'est au niveau du gland, ce sera un *hypospadias balan-*
nique.

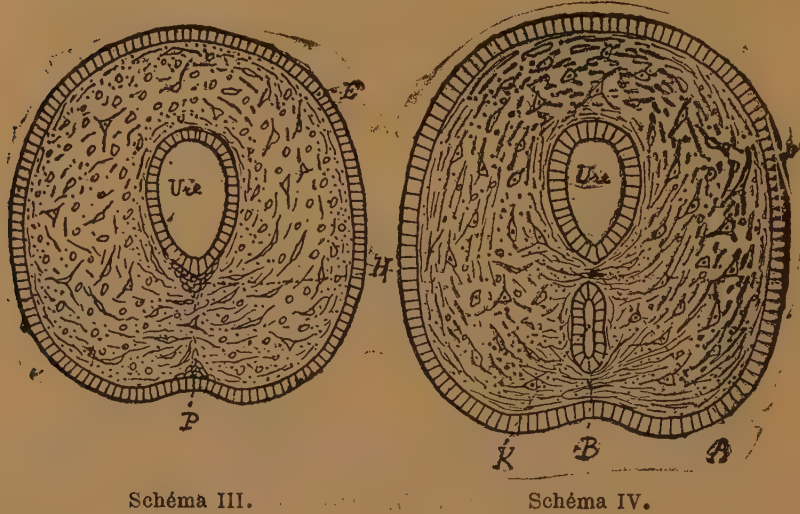


Schéma III.

Schéma IV.

SCHÉMA III

Coupe transversale du tubercule génital au moment de la soudure des replis uréthraux.

Ure. Canal de l'urèthre.

E. Epiderme.

P. et H figurent le reste des cellules épithéliales de la lame uro-génitale, qui disparaîtra bientôt.

SCHÉMA IV

Montrant le mode de formation probable du kyste dermoïde du raphe.

A.B. Représentent les parties au niveau desquelles a eu lieu la soudure des replis génitaux.

K. Cavité du kyste.

Ure. Urèthre.

Chez l'embryon humain, à l'état normal, la fusion se

fait complète de la base au sommet du tubercule génital, sauf en un point. On trouve, en effet, au niveau du gland un diverticule, qui part de l'urèthre balanique et se prolonge en cul-de-sac du côté dorsal de l'urèthre ; c'est là le *sinus de Guérin*. M. Retterer a montré qu'il devait sa formation à une fusion partielle des replis uréthraux.

En résumé, sauf au niveau du sinus de Guérin, ces replis se soudent dans toute l'étendue de leur portion inférieure. Si cette soudure est partielle (*schéma IV*), si elle se fait seulement en deux points, l'un situé à la face inférieure de l'urèthre (A), l'autre au niveau du raphé (B), tandis que les lames uro-génitales comprises entre eux sont seulement accolées, qu'en résultera-t-il ? mais, une *inclusion*, au sens attaché à ce mot par la théorie de Verneuil, de lames épidermiques (K), qui, respectées par le tissu mésodermique, n'ont plus aucune tendance à disparaître. Elles gardent leurs rapports de contiguité sans en contracter aucun de continuité ; il y a donc entre elles une cavité virtuelle d'abord, mais qui deviendra réelle et augmentera de volume à mesure que l'épithélium qui la tapisse fournira des produits de desquamation.

Dans ces conditions, comme nous le montre le schéma IV, il y aurait :

- 1° Un urèthre complet ; Ure.
- 2° Un mince pont mésodermique (A), paroi inférieure de l'urèthre ;
- 3° Une poche revêtue d'épithélium (K) formant la paroi du *kyste dermoïde*.
- 4° Un pont cutané séparant le kyste du raphé (B).

Le kyste dermoïde pourra se rencontrer en un point

quelconque du raphé. Il n'a pas de siège fixe ; suivant la région où aura lieu l'arrêt de développement, il sera périnéal, scrotal, pénien, parfois l'un et l'autre. Ses proportions seront d'autant plus grandes que l'absence de réunion portera sur une longueur ou sur une hauteur plus grande des replis.

Le processus qui le produit est analogue à celui qui a présidé à la division du cloaque, du sinus uro-génital et de l'urèthre balanique ; il se réduit au cloisonnement d'une portion de la gouttière uréthrale. Supposons que le même cloisonnement se produise dans toute l'étendue de la gouttière ; nous aurons non pas un kyste, c'est-à-dire une cavité close de toute part, mais un canal situé au-dessous de l'urèthre, parallèle à lui et s'ouvrant près du méat. C'est ainsi, croyons-nous, qu'on peut expliquer la formation d'un certain nombre au moins des urèthres doubles (1) qui ont été observés.

Il nous semble intéressant de rapporter ici une observation de poche urineuse congénitale (Obs. VI), sa pathogénie différant peu de celle des kystes dermoïdes du raphé. Il a suffi pour que cette poche se produise, que la soudure des replis génitaux se fasse, non pas en deux points, comme dans le schéma IV, mais en un seul, le point voisin du raphé. Voillemier, dont nous reproduisons l'opinion, voit bien en elle la conséquence d'un arrêt de développement.

1. Picardat. *Anomalies congénitales de l'urèthre*. Th. Paris, 1858.
— Lejars. *Des canaux accessoires de l'urèthre*. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1888.

OBSERVATION VI

Poche urinaire congénitale (vice de conformation très rapproché de l'hypospadias), par M. Labory, interne du service de M. Voillemier à l'Hôtel-Dieu (*Société anatomique de Paris*, avril 1869, page 198).

Salle Saint-Côme, n° 30, le 3 juin 1868, entre un nommé Henri Picault âgé de 7 ans. « Ce petit garçon bien portant et bien conformationné en dehors de ce qui l'amène à l'hôpital, porte à l'extrémité de la verge, au niveau du canal, une poche ressemblant à son scrotum, poche flasque à l'état de repos, mais changeant complètement de forme pendant la miction. Cette poche alors se remplissant d'urine, ressemble à un petit estomac distendu et ressemble à un gros œuf de poule, alors elle est unie à sa surface, rénitente et d'une transparence parfaite. De plus, à ce moment-là, la verge présente une légère courbure à concavité supérieure, le jet d'urine est ascendant. Le petit malade, quand il a fini d'uriner, vide cette poche en retournant la verge de façon que l'orifice du canal soit le point le plus déclive et en exerçant sur ses parois une légère pression à deux ou trois reprises.

La verge a son volume normal, le méat ne présente rien de particulier, canal libre, pas de valvules VI.

Le petit malade est opéré par M. Voillemier.

Constitution de la poche. — Elle a des parois de 2 millimètres et demi d'épaisseur environ.

Sa surface interne est tapissée par une muqueuse plus épaisse que celle de la paroi supérieure du canal à ce niveau ; elle a un aspect blanchâtre, lavé, que n'a pas l'autre ; elle a quelque chose de l'épiderme ; du reste, elle est lisse et unie.

Dans les points où le canal se continuait avec elle, il n'y avait pas de valvule pouvant gêner le cours de l'urine.

Entre l'épiderme et la muqueuse de cette poche très extensible, on a trouvé au microscope du tissu élastique dartoïde en plus grande quantité que dans le derme normal. *Absence complète de la tunique musculaire et du tissu spongieux.* Voilemier dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, écrit les lignes suivantes :

« A quelle cause faut-il donc attribuer la formation de la poche urinaire ? Dans mon opinion, il s'agit ici d'un vice de conformation, d'un arrêt de développement, d'une affection primitive et non secondaire, et pour dire ma pensée tout entière, il n'y a pas une dilatation de l'urèthre, car l'urèthre n'existe pas au niveau de la poche urinaire... »

Ces prétendues dilatations du canal ne sont donc qu'un vice de conformation très rapproché de l'hypospadias, l'arrêt de développement a porté sur la paroi inférieure de l'urèthre, mais les téguments ont été épargnés, autrement, on aurait eu un hypospadias complet.

Dans sa thèse d'agrégation, de 1863, le professeur Guyon publie une observation antérieure de ce même malade alors âgé de trois ans. Il se demande, si on ne se trouve pas en face, tout à la fois, d'un obstacle à la libre issue au cours de l'urine et d'un développement imparfait de l'urèthre laissant sans soutien sa paroi inférieure. Il classe l'affection dans les dilatations congénitales de l'urèthre dont il donne un autre exemple à peu près semblable, emprunté à Hendriksr.

ETIOLOGIE

Les kystes dermoïdes du raphé sont produits par un arrêt dans le développement normal de l'urèthre, c'est-à-dire par un accident. Mais un accident ne constituant pas une étiologie, ce sont les causes capables de le produire qui nous intéresseraient.

Quelle part revient à l'hérédité ?

Beaucoup d'auteurs pensent que la tendance aux arrêts de développement se transmet dans une même famille. Ils rappellent le cas suivant publié par Trélat : pendant plusieurs générations, les enfants d'une même famille ont tous été atteints de bec de lièvre. Demarquay a vu cette même anomalie transmise par un père à ses trois enfants.

Dans la production de l'hypospadias dont la pathogénie est assez semblable à celle des kystes du raphé, M. Forgues (1) fait jouer un rôle incontestable à l'hérédité et il cite Frank, Brière, Rigaud, Traxel, qui ont pu constater pendant plusieurs générations la généralisation de cette difformité chez tous les membres d'une même famille.

Ces cas auxquels on pourrait en ajouter d'analogues ne sont pas nombreux cependant ; d'après d'autres auteurs,

1. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Hypospadias, tome VII, p. 809.*

ils ne sont pas la règle, et il ne faut y voir que des coïncidences et nullement des successions.

De quel côté est la vérité ? C'est ce qu'il est bien difficile de dire dans l'état actuel de la science, quand il s'agit de malformations étudiées depuis longtemps ; et à plus forte raison quand il s'agit de kystes dermoïdes du raphé. Au dire des malades qui en étaient porteurs, leurs ascendants n'ont jamais rien présenté de semblable ; mais le nombre de nos observations est trop peu considérable pour que nous puissions en tirer la condamnation de l'influence de l'hérédité.

Nous ne pensons point que les *mariages* consanguins sur le compte desquels on a mis tant de malformations originelles doivent être mis sérieusement en cause.

Age. — L'époque à laquelle apparaît la tumeur est le plus souvent celle de la naissance, mais elle n'a rien de fixe. L'épithète de congénital appliquée au kyste dermoïde n'implique nullement la nécessité de sa constatation à ce moment ; elle rappelle seulement que la disposition anatomique qui l'a causé existait dès la vie embryonnaire. Il est de toute évidence que pour être perçu, celui-ci devra traduire sa présence par des symptômes appréciables ; or, il ne les présentera parfois qu'au bout de plusieurs années.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est nécessaire de distinguer dans l'évolution des kystes dermoïdes du raphé deux périodes :

Dans la première ; l'indolence de la tumeur est complète, on pourrait la nommer *période latente*.

Dans la seconde ; malgré sa vascularité médiocre, malgré le peu de réaction qu'il détermine dans son voisinage, le kyste, sous l'influence d'un traumatisme, devient le siège de phénomènes inflammatoires. C'est là la *période inflammatoire*.

PÉRIODE LATENTE.

Pour établir le diagnostic pendant sa durée il faut successivement procéder à l'interrogatoire, l'inspection, la palpation.

1^o INTERROGATOIRE.

A. — *Date d'apparition*. Souvent au moment où l'enfant vient au monde, on est frappé d'apercevoir une petite élevation dans sa région ano-génitale.

Parfois, le porteur la constatera seulement vers l'âge de 14 ou 15 ans, époque de la puberté, quelquefois beau-

coup plus tard, à l'occasion d'un traumatisme qui l'aura rendue sensible, par exemple.

La date tardive de sa constatation ne doit pas nous surprendre. Il est notoire que des kystes dermoïdes de la queue du sourcil, dont personne ne conteste l'origine congénitale, ne sont remarqués que vingt à trente ans après la naissance. A plus forte raison, peut-il en être de même pour les kystes dermoïdes du périnée, qui sont cachés au regard, et dont l'évolution est silencieuse au point de ne déterminer aucun malaise.

B. — *La marche de la tumeur* est extrêmement lente, elle peut durer dix-huit, vingt, trente ans, davantage même ; on peut *a priori* la supposer presque indéfinie si aucune complication ne vient l'accélérer.

La puberté est le seul phénomène physiologique qui l'influence. A cette époque le kyste subit une poussée, augmente de volume, pour rester stationnaire ensuite pendant plus ou moins longtemps.

Les *traumatismes*, même légers, mais répétés, déterminent des phénomènes d'accroissement analogues avant de donner naissance à la série des phénomènes inflammatoires.

C. — Enfin, il est un symptôme négatif, constant, d'une très grande importance ; nous voulons parler de l'*absence complète de douleur* au niveau du kyste. La composition anatomique de ce dernier rend très bien compte de ce fait.

2° INSPECTION.

Le siège des kystes dermoïdes est forcément la ligne médiane s'étendant de l'anus à l'extrémité libre de la verge. De par leur mode de formation ils ne peuvent être situés ailleurs qu'au-dessus du raphé, d'ailleurs en un point quelconque de son étendue. Dans le cas de Reclus, la tumeur occupe l'espace compris entre l'anus et le scrotum ainsi qu'une partie de celui-ci ; dans celui d'Heuyer et Darier, le tiers postérieur du scrotum, dans la première observation de Balzer et Souplet, le scrotum et la partie inférieure du pénis, dans la seconde le pénis seulement.

L'aspect qu'ils présentent est celui d'une ou de plusieurs bosselures très peu saillantes tant qu'une inflammation ne survient pas.

Le plus souvent on n'aperçoit entre elles aucun cordon capable de les relier, la palpation seule nous fera connaître sa présence.

Leur volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une amande.

Leurs limites semblent nettes et bien circonscrites.

Leur surface paraît lisse, unie, régulière. Sur la peau qui les recouvre, on n'a noté ni rougeur hyperhémique ou ecchymotique, ni hypertrichose ; on y trouve parfois un lacis veineux apparent.

3^e PALPATION.

Le kyste est situé au-dessus du raphé, il semble résulter d'une distension limitée de son trajet. La peau qui le recouvre est lisse, amincie, mais parfaitement mobile sur lui.

Il est constitué par une ou plusieurs tumeurs principales qui sont reliées entre elles, ou se prolongent en avant et en arrière, en suivant le raphé, par un canal dur de la grosseur d'une plume d'oie en moyenne. Une pression exercée sur la tumeur principale chasse son contenu dans le canal; celui-ci à ce moment, s'érige, se distend, et on peut constater alors que sa surface n'est point régulière, qu'elle présente une série de petites bosselures. « On a, dit Reclus, la sensation d'un canal lymphatique coupé de valvules dans lequel on aurait injecté du mercure ».

En résumé, on perçoit à la palpation une série de tumeurs disposées le long d'un canal perméable superposé au raphé.

Leur *consistance* est celle d'une masse molle, dépressible, plutôt pâteuse qu'élastique. Elle varie suivant la tension du contenu.

La *fluctuation* existe généralement; elle pourrait être une cause d'erreur.

Nous savons que la sensibilité spontanée est nulle; sa sensibilité à la pression n'existe pas davantage.

Il n'y a pas d'élévation de la température locale et le

ganglions lymphatiques qui desservent la région sont respectés.

Enfin il n'y a ni transparence, ni pulsatilité, et l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit.

SECONDE PÉRIODE.

Période inflammatoire.

Pendant sa première période, le kyste n'est susceptible de révéler son existence que par son volume qui est d'ailleurs très peu développé. Les irritations du voisinage et les traumatismes peuvent le modifier, et de tumeur indolente le transformer en tumeur enflammée. Celle-ci présentera tous les degrés : dans le premier, le processus inflammatoire sera peu intense, au bout de peu de temps, il s'éteindra et la résolution se fera complète ; dans le dernier il aboutira à la formation d'un abcès chaud avec son cortège habituel, rougeur, douleur, chaleur au niveau de la région, engorgement ganglionnaire, etc.

Le malade ne sera soulagé qu'après l'ouverture au dehors du foyer purulent.

Le diagnostic présente à cette époque de sérieuses difficultés, si on n'apprend pas l'existence d'une tumeur congénitale à cette place.

Il est cependant très important de le faire ; sans cela, en effet, l'écoulement diminuera d'intensité, mais il se prolongera fort longtemps jusqu'à ce que la paroi du kyste soit éliminée en totalité.

Il existe certainement des exemples de fistules n'ayant d'autre origine que l'ouverture au dehors d'un kyste dermoïde enflammé ; nous n'en avons pas trouvé qui fussent publiés. La connaissance de leur origine permet de leur appliquer le seul traitement efficace en pareil cas : la destruction ou l'extirpation des feuillets cutanés inclus.

Si avant que la fonte purulente ait transformé son contenu, le chirurgien fait l'ouverture du kyste, le *microscope* et l'*analyse chimique* lui fourniront de précieuses indications. En dehors des microbes qui ne pourraient que lui donner le change, il lui sera possible de distinguer des cellules épithéliales cornées sous le champ du microscope. Les réactifs chimiques lui décèleront dans les cellules la présence de graisse et de cristaux d'acides gras (cas de MM. Heuyer et Darier). Il ne trouvera pas de cellules en dégénérescence sébacée, comme dans un kyste sébacé.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

En présence d'une tumeur congénitale, indolente, située au-dessus du raphé, recouverte par une peau mobile et saine, constituée par une série de bosselures de volume variable, reliées entre elles par un canal dur ; il sera relativement facile de poser le diagnostic de kyste dermoïde du raphé, surtout si l'on songe à lui. Au contraire ; lorsque le sujet ne saura affirmer l'ancienneté de l'affection dont il est porteur ; lorsque des phénomènes inflammatoires seront venus modifier l'aspect primitif ou bien lorsqu'il n'existera plus qu'une fistule ; on pourra se trouver embarrassé. Nous nous proposons d'énumérer les affections avec lesquelles peut se faire la confusion, d'examiner leurs principaux symptômes et de spécifier par quels caractères nous pouvons faire la distinction avec le kyste dermoïde à toute période de son évolution.

Nous avons songé à adopter un autre plan, à faire successivement le diagnostic différentiel du kyste : 1° A sa période indolente ; 2° A sa période inflammatoire ; 3° A sa période fistulaire. Nous y avons renoncé par crainte des redites qu'il eût été impossible d'éviter.

Les kystes sébacés se rencontrent dans toutes les régions qui possèdent des glandes sébacées. Leur nombre est gé-

néralement multiple, leur volume est alors peu considérable; parfois solitaires, ils atteignent un développement énorme. Leur apparition n'a lieu que très rarement à la naissance. En ce qui concerne leur consistance, ils offrent des nuances très diverses : les plus petits sont fermes, les plus gros moux, pâteux, fluctuants. Toujours ils adhèrent plus ou moins à la peau, tandis qu'ils sont relativement très mobiles sur les parties profondes. En cherchant avec beaucoup de soin, on trouve presque constamment sur leur surface un point noir, déprimé, qui sous l'influence d'une pression légère laisse parfois s'échapper la matière caractéristique.

Les kystes sébacés diffèrent donc des kystes dermoïdes par leur rareté à la naissance, leur siège superficiel dans la peau, leur adhérence à cette dernière, l'orifice noir de leur canal excréteur obstrué et leur parfaite mobilité sur les tissus sous-jacents. De plus ils sont généralement multiples, et il serait tout à fait exceptionnel de les rencontrer tous au siège des kystes dermoïdes, au-dessus du raphé.

Les tumeurs malignes ont une apparition tardive; elles augmentent rapidement de volume, infiltrant la peau qui les recouvre, lui font perdre sa mobilité et l'ulcèrent bientôt. Il se produit alors une sécrétion sanieuse, nauséabonde et infecte. La mobilité de ces tumeurs est nulle, de plus elles sont le siège de phénomènes douloureux. Elles produisent un engorgement des ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région; elles influencent enfin l'état général.

Les kystes dermoïdes, eux, ont une apparition précoce,

une évolution très lente ; même suppurés ils ne retentissent pas sur l'état général et conservent leur aspect en chapelet.

Le lipome bien rarement congénital apparaît surtout de trente à cinquante ans ; son volume est très variable, son siège superficiel. Il n'adhère pas à la peau, mais à la longue il la distend et elle se pigmente. Sa consistance est dure, élastique, quand il est fibreux, elle est molle, fluctuante quand il ne l'est pas. Il ne présente jamais la forme allongée du kyste dermoïde ; de plus, il est le plus souvent possible d'apprécier son état lobulé caractéristique. A cet effet, on tend la peau à la surface de la tumeur ; on voit alors se dessiner de petits lobules, ou bien en saisissant celle-ci à pleine main et en la malaxant, on perçoit une crépitation particulière ; rien d'analogue dans la palpation des kystes dermoïdes.

Les gommés syphilitiques se développent de préférence dans le tissu sous-cutané des membres, dans le tissu sous-muqueux de la bouche, du pharynx, du nez : on les a cependant rencontrées à la verge (Langlebert), au scrotum (Ricord). Elles sont généralement multiples et leur constatation sur une partie du corps autre que la région ano-génitale mettra sur la voie du diagnostic. Elles naissent et évoluent sans provoquer de douleur, leur volume peut égaler celui d'un œuf de poule. Elles peuvent disparaître en fondant, ou bien envahir la peau, l'ulcérer et laisser écouler au dehors leur contenu, la plupart du temps analogue à une solution de gomme. Pour les distinguer plus sûrement des kystes dermoïdes, on recherchera les stigmates des lésions syphilitiques anté-

rieures ou concomitantes, les cicatrices étoilées, on aura enfin à sa disposition, une véritable pierre de touche, l'emploi de l'iodure de potassium.

L'*abcès froid* surtout fréquent dans la jeunesse peut se former dans les parties molles, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sa consistance ferme au début, est pâteuse lors du ramollissement; celle du kyste dermoïde est toujours mollassse. Sa marche est plus rapide que celle de ce dernier, ses limites moins nettes, sa forme étalée au lieu d'être allongée.

La sensibilité offre beaucoup de variations; en général il n'y en a point dans les affections chroniques à marche très lente; d'autres fois la douleur est très violente, lancinante, spontanée, augmentée ou réveillée par la plus légère pression. Le kyste dermoïde n'est le siège d'aucune sensibilité, il ne cause jamais de fièvre hectique, il n'est pas accompagné d'engorgements ganglionnaires comme l'*abcès froid*.

Abcès chaud. Quand un kyste dermoïde s'enflamme, il présente tous les caractères de l'*abcès chaud*. Pour l'en distinguer, il faut rechercher l'étiologie et surtout le mode de début. Si l'histoire ou l'examen du malade ne décèlent pas une origine assez précise pour faire établir le diagnostic, il reste un autre moyen de distinguer l'*abcès spontané* du kyste en suppuration. Dans le premier cas, le symptôme initial est la douleur; ce n'est qu'après elle que survient le gonflement, la tumeur. Dans le second, ce qui en premier lieu frappe le malade, c'est la présence d'une grosseur, de la tumeur; la douleur ne se fait sentir que plus tard.

L'*abcès urinaire* s'observe chez les gens d'un certain âge dont le canal est rétréci ; il forme une masse unique et non pas une série de petites bosselures. Il détermine une sensation de tension, de pesanteur vers le rectum, le périnée et les fosses ischio-rectales ; la peau de ces régions prend une teinte d'un rouge cuivre ; elle est gonflée et oedémateuse. Il cause enfin des frissons et une élévation de la température. L'inflammation et la suppuration d'un kyste n'amènent pas de semblables accidents. On a vu, rarement il est vrai, un petit abcès s'enkyster, sous forme d'une tumeur dure, grosse comme une noisette ou un haricot, pour constituer une *tumeur urinaire*.

Ces tumeurs ont la même origine que les abcès urinaires : obstacle au cours de l'urine et canal friable ; elles sont plus ou moins adhérentes à l'urèthre.

Ce caractère que présentent également les *abcès péri-urétraux*, suffirait à distinguer ces affections des kystes dermoïdes dont elles n'ont point non plus l'aspect moniliforme et la lointaine apparition.

Une *fistule* pouvant résulter d'un kyste dermoïde en suppuration, nous devons rappeler que dans la région, s'étendant de l'anus à l'extrémité de la verge, les fistules en général peuvent avoir pour origine, une ostéïte, un abcès tuberculeux, un abcès chaud simple ; mais les plus fréquentes sont bien celles de l'urèthre.

L'historique et l'étiologie fourniront les indices les plus utiles.

L'examen des branches ischio-pubiennes apprendra si on a affaire à une ostéïte nécrotique de ces branches.

La douleur, symptôme initial, prouvera ailleurs qu'il s'agit d'un abcès chaud, dont l'ouverture est devenue fistuleuse.

La nature et l'examen de l'écoulement, la multiplicité des orifices fistulaires, déchiquetés, irréguliers, l'état général, la fièvre hectique, donnent l'assurance qu'il s'agit d'un abcès froid.

Le passage des matières et des gaz, la rencontre par le doigt introduit dans le rectum de la sonde exploratrice, renseignent sur l'origine ano-rectale du trajet.

Les fistules de l'urèthre succèdent à un rétrécissement, à un traumatisme, à de la péri-folliculite; elles ont des signes caractéristiques qui, en l'absence des commémoratifs, permettent d'en faire le diagnostic; c'est ainsi que les urines et le sperme s'écoulent à la fois par le méat et l'orifice de la fistule. Parfois cet écoulement se réduit à quelques gouttes mêlées à un peu de pus; mais comprime-t-on pendant la miction la portion d'urèthre située en aval de la fistule, on voit souvent l'écoulement anormal augmenter de quantité. Si cet artifice ne réussit pas, on a la ressource de pousser par le méat une injection de liquide coloré qui ressortira par la fistule. Dans les cas douteux, on peut enfin établir le diagnostic par l'exploration directe de la fistule combinée avec le cathétérisme uréthral; les deux instruments se rencontreront. L'odeur urineuse qui se dégage du malade met sur la voie.

Le kyste dermoïde a trahi sa présence par son volume, avant de déterminer gêne, douleur ou phénomènes inflammatoires, son siège était exactement superposé au raphé,

sa forme allongée. En introduisant le stylet explorateur dans le trajet fistulaire auquel il a donné naissance, on constate l'existence d'une poche, d'une cavité ; on ne touche nulle part une partie du squelette, enfin on ne rencontre pas une sonde placée dans l'urèthre ; l'ouverture cutanée est la seule qui existe. D'autre part, la fistule date de très longtemps et elle n'a jamais déterminé de troubles importants dans la santé du sujet ; l'ouverture de son trajet se serait-elle faite loin de la ligne médiane, que le trajet en question viendrait toujours aboutir à une poche située exactement sur la ligne médiane.

PRONOSTIC

D'une manière générale, les kystes dermoïdes sont des tumeurs franchement bénignes. Ils n'ont aucune tendance à envahir les parties voisines, comme le ferait un carcinome par exemple, et ils ne déterminent aucun retentissement fâcheux sur l'organisme, aucune cachexie capable d'influencer la santé générale, comme le font les tumeurs malignes ; en un mot ils ne menacent pas directement l'existence.

Les kystes du raphé dont le volume est toujours petit, ne peuvent faire redouter les accidents de compression et les graves lésions de voisinage auxquels exposent les kystes du foie, de l'ovaire, du cou. Ils ne constituent pas davantage une difformité. En raison encore de leur peu de volume, en raison aussi de leur position isolée et de l'absence de connexions vasculaires importantes, l'influence des kystes parasites sur l'autosité est à peu près nulle.

Il faut cependant faire une réserve, c'est la suivante : les kystes dermoïdes sont susceptibles de présenter dans quelques cas des modifications de leurs parois qui leur donnent le caractère de la malignité. Dans des kystes de l'ovaire, Heschl (1) et Schroeder ont vu se développer du cancer, Cornil et Babinsky, de l'épithélioma-pavimenteux lobulé, Unverricht du sarcôme.

1. *Dictionnaire des Sciences Encyclopédiques*, art. *Kystes*.

Dans des kystes dermoïdes moins complexes, plus analogues aux nôtres, on a vu pareille transformation. Spiess a trouvé du cancer encéphaloïde dans un kyste dermoïde du scrotum, Czerny (1), dans une semblable tumeur de la région sacrée.

Enfin, même dans la paroi de kystes sébacés, Lucke a vu se développer de l'épithélioma, du carcinome, Heurtaux (2), du cancroïde.

Malgré tout, cette complication est rare, partant peu à redouter. Il en est une autre qui est fréquente et dont nous devons tenir compte, c'est l'inflammation du kyste. Sous l'influence d'un traumatisme, d'une inflammation de voisinage, d'une cause banale, anodine jusque-là, il devient douloureux, rouge, brûlant, puis la suppuration s'établit. Si le médecin ne songe pas à l'existence d'un kyste dermoïde dans cette région, si son attention n'est pas attirée sur le développement particulier de ce processus phlegmasique, il traite son malade comme s'il n'avait qu'un abcès vulgaire.

La suppuration devient de moins en moins abondante, mais, dans les cas les plus heureux, un écoulement continu persiste pendant très longtemps. Si par suite d'une erreur de diagnostic, le praticien n'applique pas le seul traitement efficace : la destruction de la poche, le malade est presque fatalement exposé à perdre des semaines et des mois en soins inefficaces, et à voir une fistule succéder à son kyste enflammé.

1. Lannelongue et Achard.

2. Hansen. *Kystes dermoïdes et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne*, thèse Paris, 1893.

TRAITEMENT

La question du traitement des kystes dermoïdes du raphé comprend plusieurs points secondaires.

D'abord, *faut-il opérer*, avant d'y être obligé par l'apparition des phénomènes inflammatoires ? Sans doute, la tumeur est bénigne, elle détermine peu de troubles généraux et elle ne compromet jamais l'existence ; mais une opération est absolument facile et inoffensive, elle met pour toujours à l'abri de la récurrence et de l'inflammation sans cesse à redouter, enfin elle fait cesser l'inquiétude des malades qui sont affectés. Aussi, nous pensons que le doute n'est guère possible et, à notre avis du moins, on doit opérer.

Une autre question se pose. *A quel âge convient-il le mieux d'intervenir ?* Il ne faut pas attendre que l'individu soit devenu adulte, ce délai lui serait plutôt préjudiciable ; avec l'âge la tumeur ne se résorbera pas, au contraire elle ne peut faire qu'augmenter de volume. De plus, les enfants supportent très bien les opérations. Pourquoi ne pas faire celles-ci dès que leur développement et leur vigueur sont suffisants pour qu'une hémorrhagie, bien légère d'ailleurs, ne puisse les fatiguer ? C'est donc dans les premières années de la vie, tout au moins avant la puberté qu'il faudra opérer.

Il nous reste à fixer un dernier point. *Comment opérer ?*

La compression, les applications résolutives ou irritantes donnent peut-être quelque résultat dans les kystes par exsudation, lorsqu'un certain degré d'inflammation entretient la production du liquide ; mais ces différents modes de traitement sont absolument sans valeur quand il s'agit de kystes dermoïdes dont en vain on chercherait à obtenir la *résorption*.

Dans un autre ordre de procédés, on agit directement sur l'intérieur du kyste pour amener son *oblitération*. Broca recommandait le seton, Larrey traversait et divisait la tumeur avec un cautère filiforme, Richet faisait des injections de chlorure de zinc deliquescent, d'autres, enfin ont employé la cautérisation par la pâte de Cauquoin, les caustiques chimiques, la galvano-caustique, ou bien les injections de teinture d'iode, d'alcool, etc.

Ces moyens ont amené parfois des guérisons, mais souvent aussi ils exposaient à un double écueil ; soit de faire des opérations bientôt suivies de récurrence, soit de déterminer de graves complications.

Aussi, à l'heure actuelle, tous ces procédés sont-ils de plus en plus délaissés et remplacés à bon droit par l'*extirpation au bistouri*. Depuis l'avènement de l'antisepsie, cette méthode n'a plus d'inconvénients, par contre elle a de grands avantages ; son action est plus sûre et plus rapide. On peut dire qu'elle est devenue obligatoire. L'extirpation doit de toute nécessité être complète, porter sur tous les tissus anormalement placés ; car, pour peu qu'il reste un fragment de la paroi kystique, la récurrence ou l'apparition d'une fistule intarissable sont presque inévitables.

Quand le kyste est en suppuration, si l'extirpation complète ne semble pas possible, on aura recours à l'excision partielle, suivie de la destruction au thermocautère de la paroi restante.

Les kystes dermoïdes du raphé rentrent dans la catégorie des tumeurs dont le champ opératoire est peu vaste et dont les limites sont exactement connues à l'avance ; pour ces raisons, ils nous semblent ressortir de l'anesthésie locale à la cocaïne (1).

On devra employer une solution faible à 1 pour 100 à 2 pour 100 au plus et encore seulement quand le kyste sera très petit, ne pas dépasser la dose de 0 gr. 20 de médicaments, et faire coucher le malade pour l'opérer. Grâce à ces précautions, on sera à l'abri de tout danger. Les vomissements, le shock, qui suivent l'administration du chloroforme seront évités au malade qui n'éprouvera pas la moindre douleur, à condition de ne pas faire dépasser au bistouri les lignes insensibilisées.

Le chloroforme pourra être indiqué dans les cas où l'inflammation aura relâché les tissus au point de ne pas permettre la stagnation de la cocaïne.

1. Reclus. Cliniques chirurgicales de la Pitié. *Semaine médicale*, 1893. Numéros du 1^{er} janvier, 17 mai, 20 septembre.

CONCLUSIONS

I. — Des kystes dermoïdes se développent parfois au niveau du raphé périnéo-scroto-pénien.

II. — L'embryologie semble montrer que ces kystes se produisent au moment de la fermeture de la gouttière uréthrale chez l'embryon. Au lieu d'une soudure se faisant sur toute la hauteur des replis uréthraux, la fermeture se fait sur deux points seulement de ces replis, tandis que la portion intermédiaire de l'épithélium persiste.

III. — Ces kystes ont un pronostic bénin ; cependant ils peuvent s'enflammer.

IV. — Le seul traitement rationnel consiste dans l'extirpation au bistouri de toute leur masse.

Vu par le Président de la thèse,
MATHIAS DUVAL

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

Marchadier

